

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO: INSERÇÃO
DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)



Nome: _____	
Código da Carteira: _____	CPF: _____
Endereço: _____	
Unimed: _____	Código da Operadora: _____
Médico: _____	CRM MG: _____

Antes da inserção do DIU, modelo _____, fui informada de forma clara, sobre a sua funcionalidade, efeitos adversos, vantagens, desvantagens, eficácia do procedimento, assim como sobre os demais métodos contraceptivos aplicáveis ao meu caso, sendo a minha tomada de decisão, diante das opções apresentadas pelo médico assistente e aderência à minha condição de saúde.

Estou ciente que o Dispositivo Intrauterino (DIU) possui cobertura pelo plano e tem a finalidade de contracepção, cuja implantação e retirada também estão cobertas pela operadora de plano de saúde quando realizadas na rede da operadora.

O PROCEDIMENTO, VANTAGENS, DESVANTAGENS, RISCOS E ALTERNATIVAS

O DIU é um pequeno dispositivo feito de plástico e revestido com cobre, prata ou hormônio. A sua forma permite um ajuste à forma do útero da mulher. Na extremidade inferior do dispositivo existem dois fios que ficarão no interior da vagina e se destinam ao controle de seu posicionamento e a removê-lo, quando indicado.

O tipo do DIU a ser inserido será indicado pelo médico, de acordo com a condição de saúde da mulher, após afastadas as contraindicações para seu uso. Existem dois tipos de DIU:

a) Não Hormonal

- Feito de polietileno e revestido com filamentos e/ou anéis de cobre e/ou prata.
- Vantagens: método muito efetivo, reversível e de longa duração; não apresenta os efeitos colaterais dos métodos hormonais e não interage com medicações; não interfere nas relações sexuais; a fertilidade retorna logo após a sua remoção.
- Efeitos secundários: sangramento entre as menstruações (spotting), sangramento menstrual prolongado e volumoso, cólicas de maior intensidade ou dor durante a menstruação.

b) Hormonal

- Feito de polietileno e revestido por uma cápsula que libera continuamente pequenas quantidades do hormônio levonorgestrel.
- Vantagens: método muito efetivo, reversível e de longa duração; baixa frequência de efeitos hormonais no organismo; habitualmente há diminuição da quantidade do sangramento menstrual, podendo chegar a não menstruar; não interfere nas relações sexuais; a fertilidade retorna logo após a sua remoção.
- Efeitos secundários: sangramento entre as menstruações (spotting), suspensão das menstruações (amenorreia), sensibilidade mamária, acne, cefaleia, dor abdominal, edema e náuseas.

O uso de qualquer modelo de DIU pode acarretar as seguintes complicações: expulsão do DIU, dor ou sangramento, perfuração do útero, infecção do trato genital e gravidez (uterina/extraterina).

Apesar de o dispositivo intrauterino ser um método de contracepção eficiente, sua eficácia não é 100 %, assim como dos demais métodos. Existe possibilidade de falha do método de até 0,8 por 100 mulheres/ano, dependendo do tipo de DIU utilizado. Assim sendo, o médico

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO: INSERÇÃO
DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)**



assistente e a UNIMED não terão qualquer responsabilidade em caso de eventual gravidez. Após a implantação do DIU, é necessário acompanhamento médico regular.

Os dispositivos intrauterinos têm prazo de validade, de acordo com a orientação do fabricante, devendo ser retirado após transcorrido esse prazo, cabendo ao paciente a decisão de nova implantação.

Fui esclarecida também de que, a qualquer momento, e sem a necessidade de justificativa, poderei revogar este termo de consentimento e desistir do procedimento médico proposto, estando ciente que deverei observar o prazo previsto na regulamentação para nova solicitação.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e concedo permissão/autorização para que o procedimento seja realizado como o apresentado nesse termo, incluindo eventuais procedimentos necessários para tentar solucionar situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência de cada evento. Ciente da minha parcela de responsabilidade para o sucesso do procedimento.

Concordo e autorizo o médico a suspender o procedimento, caso ocorra intercorrência que justifique tal.

Declaro ainda que, recebi a orientação de que o DIU funciona apenas como método contraceptivo e não serve para prevenir infecções sexualmente transmissíveis, tendo sido orientada de como preveni-las.

Declaro, igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a finalidade da coleta e utilização dos meus dados pessoais (sensíveis ou não) no procedimento em questão, com fins únicos e específicos para tutela da saúde, no estrito e rigoroso cumprimento da legislação aplicável sobre a privacidade e proteção de dados, em especial a Lei nº 13.709/2018 e suas eventuais alterações e regulamentações complementares.

_____ de _____ de 20_____.

Beneficiária/ Representante legal:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO: INSERÇÃO
DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)



REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de ____/____/____ e não desejo realizar o procedimento de inserção do DIU modelo

() Não hormonal () Hormonal.

Local e data:

Beneficiária:

Médico (carimbo): _____ CRM: _____

IMPORTANTE: Esse campo deverá ser assinado somente se houver a necessidade de revogar o presente Termo de Consentimento

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

DECLARO que expliquei detalhadamente para a paciente a finalidade, os benefícios, os efeitos adversos, e as alternativas para o procedimento acima descrito, respondendo às perguntas formuladas e esclarecendo que o consentimento poderá ser revogado a qualquer momento, antes do procedimento.

De acordo com o meu entendimento, a paciente está em condições de compreender o que lhe foi informado.

_____ de _____ de 20____.

Assinatura:

Nome e CRM do médico:
